

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

N°
892

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

BEGUIN Jacques

Né le 8 Juin 1936, à Granville (Manche).

Présentée et soutenue publiquement le

LES HERNIES DISCALES DORSALES. ASPECT CLINIQUE A PROPOS D'UN CAS.

Président : Mr. F. DELBARRE, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1970

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

BEGUIN Jacques

Né le 8 Juin 1936, à Granville (Manche).

Présentée et soutenue publiquement le

**LES HERNIES DISCALES DORSALES.
ASPECT CLINIQUE A PROPOS D'UN CAS.**

Président : Mr. F. DELBARRE, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1970

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

A MES ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur F. DELBARRE

Professeur de Clinique rhumatologique
à la Faculté

Dont j'ai suivi l'enseignement pendant dix-huit mois d'Externat, et qui m'a fait l'honneur de bien vouloir assumer la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DE L'EXTERNAT :

Monsieur le Docteur J. CAYLA,
Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé P. MASSIAS.

Monsieur le Docteur J. PERROT,
Médecin de l'Hôpital de Neuilly.

Monsieur le Professeur S. DE SÈZE.

A MES MAÎTRES DE L'INTERNAT :

Monsieur le Docteur M. ARTHAUD,
Médecin de l'Hôpital de Fontainebleau,

Qui m'a donné le sujet de
cette thèse.

Monsieur le Docteur J. DEHELLY,
Médecin de l'Hôpital de Fontainebleau.

A MES AMIS

LES HERNIES DISCALES DORSALES.
ASPECT CLINIQUE A PROPOS D'UN CAS.

P L A N

- INTRODUCTION.
 - HISTORIQUE.
 - PRESENTATION DE L'OBSERVATION.
 - FREQUENCE DES HERNIES DISCALES DORSALES.
 - REPARTITION SUIVANT LE NIVEAU.
 - FACTEURS FAVORISANTS :
 - Traumatismes
 - Sexe
 - Age
 - Autres facteurs.
 - SYMPTOMATOLOGIE :
 - Clinique
 - Paraclinique.
 - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.
 - RESULTATS OPERATOIRES.
 - ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CALCIFICATIONS DISCALES.
 - CONCLUSIONS.
-

I N T R O D U C T I O N

A propos d'un cas observé dans le Service de médecine du Docteur M. ARTHAUD, à l'Hôpital de Fontainebleau, nous avons étudié l'incidence, l'étiologie, les aspects cliniques et radiologiques des hernies discales dorsales.

Très peu d'études ont été faites sur cette affection rare. La région dorsale est beaucoup moins propice que la région lombaire ou même cervicale à la constitution de hernies discales. En effet, le disque intervertébral dorsal est moins épais dans cette zone du rachis, les vertèbres dorsales ont une mobilité plus réduite, enfin la région dorsale est soumise à moins d'effort et de traumatismes.

Cependant, l'étroitesse du canal rachidien dorsal, le parcours intra-rachidien réduit des racines nerveuses font qu'une hernie, même si son volume est petit, provoque toujours une compression le plus souvent médullaire. Les lésions médullaires s'aggravent le plus souvent lentement, mais sont rapidement irréversibles ; c'est là toute la gravité d'une affection par ailleurs bénigne ; d'où la nécessité d'intervenir dès l'apparition des premiers signes.

HISTORIQUE

En 1857, VIRCHOW mentionne pour la première fois la lésion du disque que nous appelons aujourd'hui "hernie discale".

En 1911, GOLTDWAITH (5) à Boston, MIDDLETON et TEACHER (10) à Glasgow, décrivent simultanément deux cas de compression médullaire dont l'agent est une hernie discale.

MIDDLETON et TEACHER, dans leur description princeps, rapportent l'histoire d'un mécanicien de 38 ans qui ressentit un craquement dorsal au moment d'un effort. La douleur persista, des signes urinaires et une paraplégie flasque apparurent. La mort survint alors rapidement. L'autopsie révéla un rétrécissement du canal rachidien provoqué par la protrusion importante du disque, constituant alors une masse ovale de 15 mm de diamètre sur 5 mm d'épaisseur.

Le disque atteint était le disque D12-L1. Les vertèbres étaient saines.

GOLTDWAITH rapporte le cas d'un homme de 26 ans qui, après une chute de 30 mètres, souffre d'une paralysie des membres inférieurs, sans troubles sensitifs objectifs.

L'opération découvrit un rétrécissement du canal rachidien.

L'autopsie découvrit la rupture complète et l'énucléation du disque L1-L2.

En 1930, ANDRAE, élève de SCHMORL,

trouve, dans 15 % des rachis des 100 cadavres examinés, un petit prolapsus discal sous le grand ligament vertébral commun postérieur, sans manifestations cliniques correspondantes.

PRESENTATION DE L'OBSERVATION

Histoire de la maladie - Dossier 38.107 -
Hôpital de Fontainebleau.

Madame MOR... Mir., 34 ans, née le 16 Juil-
let 1936.

Poids : 83 kg. Taille : 152 cm.

Sans profession.

Elève ses 4 enfants.

. Souffre, en Juin 1969, de douleur du genou droit, gênant la marche. Le diagnostic de gonarthrose est alors posé et la malade reçoit, sans effet, une injection intra-articulaire de corticoïdes.

. En Octobre 1969, les douleurs s'étendent à l'autre genou, aux mollets, à la région lombaire, en même temps qu'apparaissent une faiblesse croissante des membres inférieurs et des fourmillements au pied gauche. Le diagnostic d'arthrose, non révisé, la malade est adressée à un kinésithérapeute qui pratique 7 séances de "manipulations" énergiques sur la région dorsale et lombaire, sans amélioration, sans aggravation.

. En Janvier 1970, des troubles sphinctériens, à type de mictions fréquentes et impérieuses, apparaissent. La marche devient difficile ; des dérobements de plus en plus fréquents des membres inférieurs font perdre l'équilibre. Madame M. a du mal à décoller les pieds du sol et trébuche souvent, en particulier lors de la montée des escaliers.

. Le 19 Février 1970, lors de l'hospitalisation, Madame M. marche très difficilement et souffre de douleurs importantes, intermittentes, sans rythme précis, non exagérées par la toux ou les efforts, entravant peu le sommeil, dont la topographie est celle décrite plus haut.

L'étude des antécédents n'apporte que peu de renseignements. La malade n'a jamais été malade, ni opérée. Cependant, elle a souffert de lombalgies tout à fait semblables à celles dont elle souffre actuellement, au cours de sa quatrième grossesse, deux ans auparavant.

L'examen révèle, dès l'abord, une obésité importante (83 kg pour 152 cm).

- La marche est pénible, lente, mal assurée, très difficile sans appui.

- Les réflexes ostéo-tendineux, normaux aux membres supérieurs, sont très vifs aux membres inférieurs, et ce de façon symétrique.

- Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

- Les réflexes cutanés plantaires se font en extension des deux côtés. Il existe une trépidation épileptoïde des deux pieds, mais pas de clonus de la rotule.

- L'étude de la sensibilité superficielle découvre une zone nette d'hypoesthésie au tact et à la piqure dont la limite supérieure précise passe par l'ombilic. L'épreuve du chaud et du froid ne révèle que quelques erreurs dans le même territoire.

- La sensibilité au diapason se montre diminuée au membre inférieur gauche.

- La force musculaire est diminuée de façon globale, mais le déficit est plus marqué au membre inférieur gauche.

- Il n'existe aucun signe neurologique au-dessus de la limite nette du déficit de la sensibilité, en particulier pas de syndrome radiculaire,

ni d'atteinte des paires crâniennes.

- Le reste de l'examen somatique est normal.

La ponction lombaire pratiquée après fond d'oeil et avec épreuve de Quackenstedt-Stookey montre :

- un liquide clair,
- une pression de base de 12,5 cm. d'eau,
- la compression abdominale obtient une pression de 25 cm d'eau ;
- la compression des jugulaires fait monter le liquide par à-coups jusqu'à 17,5 cm d'eau ; le liquide ne redescend pas.

• L'analyse biologique du liquide céphalo-rachidien montre une dissociation albumino-cytologique : 0,65 g d'albumine,
1 élément cytologique.

Les autres examens :

- V.S. : 10 mm. à la 1ère heure.
- Sérologie de la syphilis : négative.

Les radiographies de la région dorsale montrent, pour toute anomalie :

- de face : une calcification du disque vertébral D7-D8 dans son tiers moyen ;
- de profil : la calcification est vue dans le même espace, mais à la partie postérieure du disque (ce signe n'a été reconnu que lors d'un dernier examen des clichés, une fois le diagnostic étiologique connu).

La malade est alors adressée en neurochirurgie, afin de pratiquer une myélographie gazeuse. Le diagnostic posé est alors celui de compression médullaire.

La lenteur de l'évolution, la persis-

tance d'un état général floride, l'absence d'autres signes somatiques font évoquer, au premier chef, la possibilité d'un neurinome ou d'un méningiome.

La myélographie gazeuse montre une image très nette de compression du canal rachidien par un bloc volumineux et calcifié siégeant au niveau de l'espace intervertébral D7-D8. D'autre part, il existe un affaissement minime, mais net, de ce disque.

L'intervention chirurgicale, pratiquée le 2 Mars 1970 (c'est-à-dire 9 mois après l'apparition des premiers signes), confirme le diagnostic étiologique posé à la myélographie.

Le chirurgien aborde la lésion par une laminectomie de D7-D8-D9 et l'ablation de la hernie discale calcifiée volumineuse, bien que très difficile, est complète par voie extra-dure-mérienne.

L'évolution peut être suivie un mois après l'intervention. L'amélioration, après un mois, est nette, bien qu'incomplète. Les troubles sphinctériens ont totalement disparu dans les premières 24 heures. Les douleurs ne sont jamais réapparues, excepté au genou droit et sur un mode mineur. Il persiste un discret déficit de la sensibilité superficielle et profonde, au diapason à gauche. Le déficit moteur paraît peu modifié, à droite, alors que le membre inférieur gauche a récupéré partiellement, de telle sorte que le déficit moteur apparaît symétrique. Les réflexes cutanés abdominaux sont toujours absents. Les cutanés plantaires sont indifférents. La trépidation épileptoïde des pieds est retrouvée des deux côtés. La marche est possible sans aide, sans dérochement des membres inférieurs, mais demeure précautionneuse et lente.

La malade se montre contente de l'intervention et espère récupérer une motricité suffisante pour son activité - espoir qui semble raisonnable, des progrès pouvant être certainement obtenus

par l'effet conjoint de la rééducation et de la cure d'amaigrissement.

RÉSUMÉ :

Une femme, obèse, de 34 ans, est atteinte d'une paraplégie spasmodique d'installation progressive, en 9 mois.

L'examen clinique est en faveur d'une paraplégie par compression médullaire.

Les examens paracliniques, et en particulier la myélographie gazeuse, confirment ce diagnostic et permettent d'en préciser sa nature : compression par hernie discale dorsale, que vérifie l'intervention chirurgicale.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes et laissent espérer une récupération motrice importante.

[,] F R É Q U E N C E

Elle est difficile à apprécier ; elle varie selon les auteurs.

Il est certain que la hernie discale dorsale est infiniment moins fréquente que la hernie discale lombaire et même cervicale.

Nous avons retenu les statistiques les plus importantes, ayant éliminé celles dont les pourcentages sont les plus disparates, allant d'une fréquence de 0,5 ‰ à 15 ‰, chiffres obtenus à partir de séries inférieures à 200 cas de hernies discales.

Le tableau ci-dessous donne les détails de 4 statistiques parmi les plus importantes. Il permet de rassembler 91 hernies discales dorsales pour 14.575 hernies discales de tout le rachis, soit une incidence de 6 ‰.

En fait, il semble que le chiffre le plus exact soit celui avancé par LOVE J.G. et SCHORN (9) de la Mayo Clinic. Les auteurs ont rassemblé 61 cas de hernies discales dorsales sur 12.200 cas de hernies discales totales vérifiés chirurgicalement à la Mayo Clinic, de 1922 à 1964. L'incidence ainsi obtenue est de 5 ‰.

La fréquence anatomique de ces protrusions discales est certainement plus grande ; ANDRAE, élève de SCHMORL, à l'examen systématique de 100 cadavres pris au hasard, trouve 15 % de hernies asymptomatiques.

AUTEURS	Nombre total de hernies	Nombre de hernies dorsales	%
CONE	800	10	12 %
ADSON	750	8	10 %
THIELE	825	12	14 %
LOVE, SCHORN	12.200	61	5 %
<u>TOTAL</u>	14.575	91	6 %

S I È G E D E L A H E R N I E

REPARTITION SUIVANT LE NIVEAU

Tous les disques du rachis dorsal peuvent donner une protrusion intra-rachidienne et comprimer la moelle épinière et les racines, comme le montre le tableau suivant, tiré d'un travail de EMERY (2) qui a rassemblé 224 cas de hernies dorsales :

Espace	Nombre	Proportions
D1	5	2,2 %
D2	3	1,3 %
D3	2	0,9 %
D4	5	2,2 %
D5	11	5 %
D6	16	7,1 %
D7	17	7,6 %
D8	17	-
D9	33	14 %
D10	34	15 %
D11	55	24 %
D12	26	11 %

Ce tableau permet de faire 3 remarques :

- Tous les étages peuvent être touchés.
- Ils le sont d'autant plus souvent qu'ils sont plus inférieurs.
- Entre D8 et D9, on constate un saut de fréquence de 17 % à 33 %, soit du simple au double. C'est ainsi que les quatre derniers espaces rassemblent 148 cas sur 224, soit 66 %.

L'espace D11 à lui seul, rassemblant 25 % des cas, souligne, semble-t-il, le rôle de la mobilité dans la genèse de cette affection.

La symptomatologie varie en fonction de la taille de la hernie, mais aussi de sa localisation par rapport au plan sagittal.

Dans 104 cas où la topographie est signalée, EMERY la trouve :

- 50 fois centrale, soit 48 % ;
- 22 fois centro-latérale : 21 % ;
- 32 fois latérale : 32 %.

Bien que certains auteurs ne font pas de différence particulière entre les hernies centrales et centro-latérales, il ressort des chiffres donnés ci-dessus que la hernie centrale est la plus fréquente, de beaucoup.

Ces détails anatomiques ne sont pas sans intérêt clinique puisque, schématiquement il est vrai :

- Les hernies centrales donnent une compression uniquement médullaire ; c'est ce que nous avons remarqué dans notre observation ; cela est aussi vérifié dans 48 des 61 cas de LOVE et SCHORN.

- Les hernies centro-latérales donnent une compression médullaire et radiculaire.

- Les hernies latérales donnent une symptomatologie radiculaire.

Ce schéma est, en fait, souvent pris en défaut, car par exemple :

- une volumineuse hernie contrale peut donner une symptomatologie médullaire et radiculaire ;

- une petite hernie qui comprime une artère peut entraîner, par ischémie, une symptomatologie importante due à des lésions beaucoup plus vastes.

FACTEURS FAVORISANTS

1°- [^] RÔLE DU TRAUMATISME *****

Il est évident, pour les deux cas princeps de GOLTDWAITH J.E. (5) et MIDDLETON et TEACHER (10).

En fait, il est rarement rencontré.

LOVEL et SCHORN (9) le disent déterminant dans 4 cas, et aggravant dans 12 de leurs 61 cas.

EPSTEIN (3) et EMERY ne lui donnent aucune importance primordiale.

Ceci est en complète opposition avec ce qui est si souvent rencontré pour les hernies discales lombaires. Quoi qu'il en soit, on peut cependant retenir le rôle minime, peut-être, mais réel, des micro-traumatismes de la vie quotidienne. Le fait que 66 % des cas atteignent les 4 derniers disques, les plus mobiles, va aussi dans ce sens.

2°- [^] RÔLE DU MÉTIER *****

Le métier ne paraît avoir aucune importance. Les hernies discales dorsales sont rencontrées avec une égale fréquence chez les sédentaires et chez les sujets qui accomplissent un travail de force, ou bien, comme dans notre observation : mère de famille.

3° - [^]RÔLE DU SEXE *****

Le rôle du sexe est nié par la plupart des auteurs. Seul EMERY (2) trouve la répartition suivante dans 147 cas où le sexe était signalé :

- 60 % d'hommes,
- 40 % de femmes.

La différence est significative et apporte indirectement davantage de crédit au rôle des traumatismes et des efforts.

4° - [^]RÔLE DE L'ÂGE *****

La hernie discale dorsale peut se voir à tous les âges; des cas décrivant cette lésion chez des enfants de 8 ans comme chez des grands vieillards ont été signalés. En fait, c'est une affection qui survient surtout de 40 à 60 ans, la 5ème décade fournissant la majeure partie des hernies discales dorsales.

Pour LOVE et KIEFFER (8), sur 17 cas :

- 1 à 26 ans
- 7 de 30 à 40 ans
- 5 de 50 à 60 ans
- 2 de 60 à 70 ans
- 2 de 70 à 80 ans.

Pour KROLL et REISS (6), sur 28 cas :

- 9 de 30 à 40 ans
- 17 de 40 à 50 ans
- 2 de 50 à 60 ans.

Toujours à partir de son étude sur 224 cas, dont 130 avec âge précisé, EMERY (2) donne le tableau détaillé suivant :

0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
2	4	11	30	55	27	20
1,3 %	2,6 %	7,6 %	18,6 %	36 %	18 %	13 %

5°- RÔLE D'AUTRES FACTEURS *****

Le fait qu'en certains cas de nombreux auteurs ont signalé la présence, chez le même malade, de plusieurs hernies discales, a donné le point de départ à des théories pathogéniques qui font jouer un rôle important à une maladie dégénérative du disque.

Ainsi, YOUNG signale 1 cas de hernie double ;
KROLL-REISS (6) : 4 cas,
ABBOT-REITTER (1) : 2 cas.

En fait, ce rôle paraît aussi peu important que celui attribué à l'obésité (voir notre observation), ou bien encore à la maladie de Scheuermann, dont les stigmates ont été retrouvés avec une certaine fréquence, chez les malades atteints de hernies discales, par un auteur.

SYMPTOMATOLOGIE

1)- Le début est le plus souvent progressif. Mais dans de rares cas où le traumatisme est important, le début peut être brutal, comme dans le cas princeps de GOLTDWAITH (5) et de MIDDLETON et TEACHER (10).

2)- La durée de l'évolution, c'est-à-dire le délai séparant la date d'apparition du premier signe de la date de l'hospitalisation, est des plus variables, de 3 semaines à 26 ans selon les cas extrêmes de LOVE et SCHORN (9).

Ces auteurs, sur 61 cas, dénombrent :

- . 24 cas remontant à moins d'un an,
- . 35 cas remontant à moins de deux ans.

Les délais extrêmes sont, pour EMERY (2), d'une heure à 30 ans.

3)- Le symptôme initial a été :

- la douleur, dans 37 cas sur 61 ;
- l'engourdissement, dans 11 cas ;
- une faiblesse des membres inférieurs, dans 10 cas.

4)- Les signes sensitifs sont les plus fréquents; que ce soit la douleur, l'engourdissement, des paresthésies diverses, ils sont rencontrés au cours de l'évolution dans 59 cas sur 61.

- La douleur est, à elle seule, retrouvée 52 fois, dont 40 fois radiculaire et le plus souvent bilatérale.

- L'engourdissement est retrouvé 35 fois.

5)- Les signes moteurs sont moins constants, puisque 25 des malades de LOVE et SCHORN (9) n'avaient aucun signe moteur, même minime. Parmi les 36 qui présentaient un déficit moteur, l'intensité de l'atteinte était variable ; 9 ne pouvaient pas marcher du tout. 33 avaient un signe de Babinski positif et bilatéral.

6)- Les signes sphinctériens sont rarement initiaux et surviennent après quelques mois d'évolution. Ils sont rencontrés dans un cas sur deux. Les troubles trophiques, intestinaux, sexuels sont plus rares.

Ainsi, un schéma chronologique de l'évolution des signes serait, d'après TOVI-STRANG (13), dans l'ordre : douleur, troubles sensitifs, troubles moteurs, puis troubles sphinctériens.

EXAMENS PARALYTIQUES

Si la clinique suffit le plus souvent à poser le diagnostic de compression médullaire, elle ne permet jamais de poser le diagnostic étiologique; tout au plus permet-elle de suspecter le neurinome ou un méningiome, si l'évolution lente s'ajoute à un examen somatique normal.

L'étude du liquide céphalo-rachidien, manométrique et biologique, n'élimine pas le diagnostic de compression, si elle est normale.

LOVE et SCHORN (9) ont pratiqué la manoeuvre de Queckenstedt-Stookey 50 fois :

- elle fut normale 28 fois ;
- ils trouvent un bloc partiel 10 fois et complet 12 fois ;
- l'albuminorachie élevée chez 27 malades ;
- les cellules discrètement augmentées chez 16 malades.

Les radiographies standards peuvent montrer deux signes :

- l'affaissement discal,
- et surtout les calcifications discales :

Sur 136 cas, EMERY (2) rencontre ces calcifications 36 fois au niveau de la hernie, soit 26 %, et 5 fois à plusieurs niveaux.

L'association de ces calcifications à un syndrome de compression médullaire est très en

faveur de ce diagnostic, surtout si le niveau des troubles neurologiques est correspondant.

La myélographie est cependant l'examen indispensable. Elle montre le siège exact de la hernie. Elle découvre parfois d'autres hernies ou des hernies multiples.

Elle est positive :

- dans tous les cas, pour EMERY (2),
- dans tous les cas, sauf 1, pour LOVE et SCHORN (9).

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A la phase d'installation, il convient d'éliminer la pathologie thoracique et abdominale : coronarite, coliques hépatiques ...

Surtout, il faut éliminer les myélites, la sclérose en plaques.

A la phase d'état (phase de compression médullaire), il faut éliminer les lésions rachidiennes infectieuses, tumorales primaires ou secondaires, et surtout les tumeurs intra-rachidiennes, intra- ou extra-médullaires, en particulier neurinome et méningiome.

RESULTATS DE L'INTERVENTION

Le tableau suivant montre qu'ils sont plutôt médiocres dans l'ensemble, avec une mortalité importante.

Les résultats sont d'autant plus médiocres que la compression a duré longtemps et qu'il existait de gros déficits neurologiques.

(Voir Tableau p. 27)

AUTEURS	Nombre de cas	Décès	Aggravation	Sans changement	Amélioration +	Amélioration ++
LOVE-KIEFFER (8)	14	0	4	4	3	3
LOGUE (7)	11	2	3	0	3	3
EPSTEIN (3)	4	-	-	1	-	3
ABROT (1)	10	1	1	-	3	3
TOVI (13)	14	2	-	4	4	4

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CALCIFICATIONS

L'importance diagnostique de ces calcifications est telle qu'il semble nécessaire d'en préciser la nature, l'aspect, afin de mieux les distinguer de certaines calcifications du disque qui n'ont pas la même signification, et de les différencier des calcifications discales aiguës.

L'examen macroscopique montre un nucleus pulposus dur, d'un blanc crayeux. Il existe, à ce niveau, des dépôts de sels de calcium en grains fins, ou en blocs friables, situés entre les trousseaux fibreux du nucleus. Ces sels de calcium sont le plus souvent du phosphate ou du carbonate (12).

Les calcifications du nucleus donnent, à la radiographie, une opacité uniforme, bien limitée, de volume important, visualisant la position du nucleus.

Lorsque le nucleus a migré en arrière, à travers les anneaux du disque, il a, le plus souvent, perdu sa forme caractéristique et son contour précis. Mais sa position dans l'espace intervertébral est alors toujours postérieure, jamais antérieure.

Ainsi décrite, la calcification discale du nucleus est très différente, pour DE SEZE (12), de l'aspect, si souvent rencontré chez le sujet âgé arthrosique, et donné par une ossification discale extra-nucléaire de taille minime, toujours située à la partie antérieure du disque, parfois entre les

deux bords ostéophytiques, ce qui lui vaut alors le nom "d'os intercalaire".

Définies ainsi, les calcifications des hernies discales dorsales, non obligatoires, sont rarement rencontrées chez l'homme sain. Elles se voient, en effet, chez 2 % des sujets sains, alors qu'elles sont rencontrées chez 30 % des sujets atteints de hernies discales dorsales.

Un dernier point reste à préciser : il s'agit du rapport entre calcification discale aiguë et calcification des hernies discales dorsales.

Un seul élément les rapproche : leur aspect identique. En effet, elles siègent toutes les deux au niveau du nucleus.

Tous les autres éléments les séparent. En effet : les calcifications discales aiguës, rarissimes (30 cas décrits dans la littérature), surviennent uniquement chez l'enfant en climat fébrile, au décours d'une affection du rhino-pharynx. Leur siège est toujours cervical ; elles disparaissent sans séquelles en quelques semaines.

CONCLUSIONS

Insistons sur quelques points :

- Les hernies discales dorsales sont rares ; elles rendent compte de 5 hernies discales sur 1.000.

- Les quatre derniers espaces de la colonne dorsale sont plus souvent atteints, cela de façon éclatante, puisqu'ils sont le siège de 66 % des hernies dorsales. L'espace D11, à lui seul, étant frappé une fois sur quatre.

- Par rapport au plan sagittal, la hernie discale dorsale est le plus souvent centrale ; elle est plus rarement latérale ou centro-latérale.

- Le rôle du traumatisme ou des efforts dans la constitution de ces hernies est évident dans un petit nombre de cas ; dans la majorité des cas, il est difficile à dégager, car si d'une part l'atteinte très fréquente des 4 derniers espaces les plus mobiles, et d'autre part la fréquence un peu supérieure avec laquelle les hommes sont atteints semblent accréditer le rôle des traumatismes, le fait qu'aucun métier sédentaire, travailleur de force, ménagère, ne semble particulièrement frappé, lui retire beaucoup de son importance.

- L'âge de prédilection de la hernie discale dorsale est la quatrième décade, 10 ans plus tard que la hernie lombaire.

- La symptomatologie, tant clinique que para-

clinique, des hernies discales dorsales n'a rien de particulier.

- Syndrome radiculaire,
- paraplégie spasmodique,
- évolution lente,

peuvent être le fait de toutes les affections non malignes qui diminuent le calibre du canal rachidien, en particulier les neurinomes et méningiomes qui sont beaucoup plus fréquents que les hernies discales dorsales.

Cependant, l'association d'un syndrome de compression médullaire à des calcifications discales, sur les radiographies standards, doit faire évoquer le diagnostic, surtout si le niveau des troubles sensitifs est correspondant.

- Etant donné l'importance de la découverte de calcification discale pour le diagnostic, il est intéressant de préciser certaines de leurs caractéristiques.

Elles sont constituées par la précipitation de carbonate ou phosphate de calcium en grains fins ou en mottes plus grosses, entre les fibres du nucleus pulposus ; il s'agit donc bien de calcifications. Leur volume, leur homogénéité, leur silhouette bien limitée, leur siège dans le tiers moyen ou postérieur du disque, lorsque le nucleus a migré, les différencient nettement des opacités discales beaucoup plus souvent rencontrées à partir de 60 ans chez les sujets arthrosiques, qui sont, elles, petites et antérieures.

- La myélographie gazeuse est l'examen capital ; dans 20 à 30 % des cas, elle permet de faire le diagnostic avant l'intervention lorsque, en plus de la compression, elle montre le disque atteint calcifié. Le plus souvent, cependant, le diagnostic est fait à l'intervention.

- Le résultat de l'intervention est souvent médiocre ; il est d'autant meilleur que la compres-

sion est plus récente, d'où la nécessité de faire précocement le diagnostic de compression médullaire afin de pratiquer sans délai la myélographie gazeuse.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
R. MALLET

Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine,
G. BROUET

Le Président
de la thèse,
F. DELBARRE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ABBOT-REITTER - Further observations on thoracic
disques protrusions.- Bull. Los Angeles,
Neurol. Soc., 22, 58-68.
- 2- EMERY A.- Les hernies discales dorsales ; à
propos de deux cas.- Thèse 1965, Genève.
- 3- EPSTEIN J.A.- Syndrome de hernie des disques
intervertébraux thoraciques inférieurs par
compression des racines nerveuses et de la
moelle. Revue de la littérature. Méthode de
diagnostic et de traitement.- J. Neur. Surg.,
Novembre 1954, 11, 526-538.
- 4- GARCIN R., GUILLAUME, KIPPER - Paraplégie par
hernie discale avec ossification du ligament
vertébral postérieur en D5-D6, révélé par les
tomographies.- Revue Neurologie, Septembre
1949, 81, 791-792.
- 5- GOLTDWAITH J.E.- Articulation lombo-sacrée, une
explication de nombreux cas de lumbago, scia-
tique et paraplégie.- Med. Surg. J., Boston,
1911, 164, 365-390.
- 6- KROLL, REISS - Der thorakale bandscheiben prolaps.
- Deutsch Med. Wsch. 2, 1951, 76, 600-603.
- 7- LOGUE V.- Prolapsus des disques intervertébraux
thoraciques avec compression de la moelle
épineière.- J. Neuro. Surg., Novembre 1952,
15, 227-241.

- 8- LOVE, KIEFFER - Douleur radiculaire et paraplégie due à une protrusion des disques intervertébraux thoraciques.- J. Neuro. Surg., Janvier 1950, 7, 62-69.
 - 9- LOVE J.G. et SCHORN - Thoracic disk protrusion.- J.A.M.A., 1965, 191, 627-632.
 - 10- MIDDLETON et TEACHER J.M.- Lésion de la moelle épinière provoquée par une rupture d'un disque intervertébral au cours d'un effort musculaire.- Med. J., Glasgow, 1911, 76, 1-6.
 - 11- SAYOUS- SAUVAGE - Hernies discales thoraciques.- Thèse 1960, Paris.
 - 12- SEZE S. (De) - Discopathies calcifiantes.- Revue du Rhumatisme, 1956, 2, 265-281.
 - 13- TOVI-STRANG - Protrusion des disques intervertébraux dans la région thoracique.- Acta Chir. Scand., Suppl., 1960, 31, 267-271.
-

